



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Związek zaburzeń afektywnych z anoreksją - porównania międzykulturowe

Author: Anna Brytek-Matera, Elizabeth Spitz

Citation style: Anna Brytek-Matera, Spitz Elizabeth. (2007). Związek zaburzeń afektywnych z anoreksją - porównania międzykulturowe. "Psychoterapia" (2007, nr 4, s. 55-65).



Uznanie autorstwa - Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie pod warunkiem oznaczenia autorstwa.



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Anna Brytek-Matera¹, Elizabeth Spitz²

ZWIĄZEK ZABURZEŃ AFEKTYWNYCH Z ANOREKSJĄ — PORÓWNANIA MIĘDZYKULTUROWE

CROSS-CULTURAL COMPARISON OF AFFECTIVE DISORDERS IN THE FEMALE POPULATION SUFFERING FROM ANOREXIA NERVOSA

¹ Zakład Psychologii Ogólnej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach
Kierownik: prof. UŚ dr hab. Katarzyna Popiołek

² Laboratoire de Psychologie de la Santé, Université Paul Verlaine-Metz, France
Kierownik: prof. Elizabeth Spitz

depression
anxiety
locus of control
anorexia nervosa

Autorki opisują wyniki badania zależności pomiędzy symptomami depresji i lęku a poczuciem umiejscowienia kontroli u kobiet narodowości polskiej i francuskiej z problemem jadłowstrętu psychicznego. Metody badawcze to: Szpitalna Skala Lęku i Depresji Zigmunda i Snaitha oraz Skala Poczucia Umiejscowienia Kontroli Levensona.

Summary. The aim of this study was to evaluate the implications of depression and anxiety disorders and self-control for Polish and French women with eating disorders.

Method. The study involved 62 patients with eating disorders diagnosed according to ICD–10 and DSM IV criteria, and a control group consisting of 117 students. The study methods included the Hospital Anxiety and Depression Scale by Zigmond and Snaith (1983) and the Internal Powerful Others and Chance Scale by Levenson (1981).

Results. Depression and anxiety disorders and the belief in chance were significantly lower, and internal locus of control was significantly higher in the Polish anorexic patients as compared to French anorexic patients. Within the Polish anorexic group, depression disorders correlated significantly with the belief in chance. Polish anorexic patients experienced significantly more external locus of control and believed less in chance than normal Polish controls. French anorexic patients experienced significantly more depression and anxiety disorders than normal French controls.

Conclusion. The findings support the notion that depression and anxiety disorders and defective experience of control are important factors in the psychopathology of adolescent anorexic Polish and French females patients.

Wprowadzenie

Jadłowstręt psychiczny współwystępuje z innymi rodzajami zaburzeń. Istotną rolę odgrywają zaburzenia afektywne. Problemy z określeniem własnej tożsamości, nadmierne koncentrowanie się na wyglądzie (niezadowolenie z sylwetki), dążenie do bycia szczupłą czy ograniczanie posiłków, poza dyskomfortem psychicznym, często prowadzi do stanów depresyjnych, lękowych i/lub dysforycznych.

W literaturze przedmiotu istnieją badania, które dowodzą, iż zaburzenia depresyjne i lękowe poprzedzają jadłowstręt psychiczny [1], oraz takie, które wskazują, że następstwem anoreksji są zaburzenia afektywne [2]. Wielu też badaczy podkreśla współlistnienie

omawianych zaburzeń [3–5]. Współzachorowalność na zaburzenia depresyjne wynosi u pacjentów z anoreksją od 2,2% [6] do 35,3% [7]. Jest ona statystycznie wyższa aniżeli u osób zdrowych. Istnieją również dane, które wskazują na nią u 25% do 88% [w: 8]. Ponadto szacuje się, że częstotliwość występowania zaburzeń depresyjnych w ciągu całego życia jest u pacjentów z jadłowstrętem psychicznym dwukrotnie bądź czterokrotnie wyższa aniżeli w zdrowej populacji [9,10]. Osoby te cierpią również częściej (od dwóch do trzech razy) na zaburzenia lękowe [11].

Główny trzon prezentowanych badań skupia się na związku zaburzeń depresyjnych i lękowych z jadłowstrętem psychicznym. Zaburzenia afektywne nie są jedyną zmienną — kolejną jest poczucie umiejscowienia kontroli (*locus of control*). Wywodzi się ono z teorii społecznego uczenia się. Nie jest wrodzoną, stałą właściwością osobowości, lecz rezultatem procesu rozwojowego. Stanowi mechanizm wyuczony, zgodny z zasadami warunkowania instrumentalnego [12]. Zdaniem Rottera [za: 13] różnorodność podejmowanych przez człowieka działań wynika z postrzegania przyczynowego związku pomiędzy zachowaniem a jego następstwami. Według niego, osoba charakteryzująca się zewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli (*external locus of control*) tłumaczy wyniki swoich działań jako zależne od czynników losowych (szczęście, przypadek) lub innych ludzi. Jest przekonana, że nie ma wpływu na działania, jakie podejmuje, i w konsekwencji — na zachodzące wydarzenia. Rotter uważa, że przekonanie o zewnętrznej kontroli zjawisk (i tym samym niebranie odpowiedzialności) może być pewnego rodzaju mechanizmem obronnym, pozwalającym zachować jednostce poczucie wartości w sytuacji poniesionej porażki. Gdy natomiast człowiekowi towarzyszy wiara we własne zdolności wpływania na bieg wydarzeń oraz przekonanie, że rezultaty działań zależą od niego samego, a nie od czynników zewnętrznych, wykazuje wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli (*internal locus of control*).

Liczne badania dowodzą, że osoby z jadłowstrętem psychicznym uważają, że mają znacznie słabszą samokontrolę [14, 15].

Problem badawczy

Problem badawczy niniejszego artykułu wyraża się w pytaniu: czy zaburzenia depresyjne i lękowe oraz poczucie umiejscowienia kontroli występują w podobnym czy w różnym stopniu u dziewcząt narodowości polskiej i francuskiej cierpiących na jadłowstręt psychiczny?

Badania miały charakter międzykulturowy, stąd też dobór odmiennych narodowościowo grup (klinicznych i kontrolnych). W artykule podjęto próbę weryfikacji wpływu czynników społeczno-kulturowych na zachowania kobiet z zaburzeniami odżywiania się. Autorki przypuszczają, że różnice wewnątrzgrupowe wynikać mogą z odmiennych modeli wychowania (normy rodzinno-społeczne) oraz sytuacji społeczno-ekonomicznej w Polsce i we Francji.

Grupa badana i metoda badań

Badanie przeprowadzono wśród 30 polskich i 32 francuskich dziewcząt z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego według kryteriów DSM-IV [16]. W Polsce przeprowadzono

je w Instytucie Ericksonowskim w Katowicach oraz wśród byłych pacjentek Oddziału Psychiatrii Wieków Rozwojowych w Sosnowcu, we Francji natomiast w Szpitalu Świętego Krzyża w Metz oraz na oddziale Psychiatrii Dzieci i Młodzieży w Szpitalu Dziecięcym w Nancy-Brabois, na terenie Lotaryngii. Istniały dwie grupy kontrolne: pierwsza liczyła 60 studentek narodowości polskiej, druga 57 studentek narodowości francuskiej (tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanych grup

Badane zmienne	Jadłowstręt psychiczny w Polsce (n = 30)		Jadłowstręt psychiczny we Francji (n = 32)		Polska grupa kontrolna (n = 60)		Francuska grupa kontrolna (n = 57)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Wiek	20,17 **	1,44	17,66 ^	1,30	20,57	1,81	20,84	1,91
Wskaźnik masy ciała (BMI)	16,52 ^	0,81	16,69 ^	2,31	20,65	2,48	21,41	2,82
Czas trwania choroby (w miesiącach)	32,69	11,06	23,85	16,03	-		-	-

** Istotność różnic między polską grupą z jadłowstrętem psychicznym a francuską grupą z jadłowstrętem psychicznym ($p < 0,001$)

^ Istotność różnic między grupami badanymi a kontrolnymi ($p < 0,001$)

W badaniu wykorzystano anonimową ankietę składającą się z ogólnych danych osobowych (płeć, wiek, wykształcenie), z danych dotyczących życia rodzinnego (sytuacja rodzinna, posiadanie rodzeństwa, sytuacja rodziców: bycie razem, rozwód, śmierć), stanu zdrowia (stosowanie diety: kiedykolwiek i obecnie, rezygnacja z posiłków i ich częstotliwość: rano, po południu i wieczorem, codzienne sprawdzanie masy ciała, brak zadowolenia z własnej sylwetki) i przebiegu choroby (czas istnienia problemów związanych z zaburzeniem, zdiagnozowanie zaburzenia, hospitalizacja, korzystanie z opieki psychologicznej bądź psychiatrycznej). Badane zmienne prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Liczbowe i procentowe wartości wybranych danych w badanych grupach klinicznych

BADANA ZMIENNA		Pacjentki francuskiej narodowości z anoreksją (N = 32)		Pacjentki polskiej narodowości z anoreksją (N = 30)	
		N	%	N	%
Wykształcenie	Gimnazjum	2	6	-	-
	Liceum	22	69	1	3
	Studia	8	25	29	97
	Ukończenie studiów	-	-	-	-

Ciąg dalszy tabeli na str. następnej

Sytuacja rodziców	Żyją razem	9	28	19	63
	Rozwód lub separacja	23	72	2	7
	Śmierć ojca	-	-	9	30
Rodzeństwo	Nie	8	25	9	30
	Tak	24	75	21	70
Stosowanie diety kiedykolwiek	Nie	11	34	1	3
	Tak	21	66	29	97
Stosowanie diety obecnie	Nie	18	56	17	57
	Tak	14	44	13	43
Świadoma rezygnacja z posiłków	Rano	12	38	27	90
	Po południu	10	31	27	90
	Wieczorem	6	19	28	93
Codzienne ważenie się	Nie	16	50	6	20
	Tak	16	50	24	80
Częstotliwość codziennego ważenia się	Raz dziennie	5	30	0	0
	Dwa razy dziennie	5	30	3	12
	Trzy razy dziennie	4	23	19	80
	Więcej niż trzy razy dziennie	2	17	2	8
Zadowolenie z własnej sylwetki	Nie	23	72	26	87
	Tak	9	28	4	13
Hospitalizacja z powodu choroby	Nie	10	31	7	23
	Tak	22	69	23	77
Aktualna opieka psychologiczna bądź psychiatryczna	Nie	5	16	8	27
	Tak	27	84	22	73

Poza tym w badaniu posłużono się Szpitalną Skalą Lęku i Depresji (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) Zigmonda i Snaitha [17] (we francuskiej adaptacji Lépine’a i wsp. [18]) oceniającą aktualny poziom symptomów zaburzeń emocjonalnych (z eliminowaniem objawów somatycznych). Skala ta oparta na samoocenie, zawiera 14 itemów. Każdy item ma czteropunktową rozpiętość (od 0 do 3). Wyniki uzyskane w HADS pozwalają określić nasilenie objawów lęku (HADS-A) oraz objawów depresji (HADS-D). Dla każdej z podskal wyniki mieszczą się od 0 do 21 punktów. Uzyskanie wyniku oscylującego między 0 a 7 punktami traktowane jest jako norma. W przypadku osiągnięcia od 8 do 10 punktów mowa

jest o łagodnym nasileniu objawów lękowych/depresyjnych, natomiast uzyskanie wyniku powyżej 11 punktów wskazuje na ciężkie nasilenie omawianych zaburzeń.

W pracy użyto również Skali Poczucia Umiejszczenia Kontroli (*Internal Powerful Others and Chance Scale*) Levensona (we francuskiej adaptacji Loasa i wsp. [13]). W celu sprawdzenia zastosowania kwestionariusza IPC w polskiej populacji i dokonania jego walidacji wykorzystano analizę czynnikową [19]. Spójność każdego z czynników testowana była za pomocą rachunku współczynnika rzetelności — alfa Cronbacha. W wyniku analizy czynnikowej wyodrębniono: (a) wiarę w wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli — zgodność wewnętrzna skali wynosiła $\alpha = 0,58$; (b) wiarę w zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli (wiara w sprawowanie kontroli osób znaczących) — zgodność wewnętrzna skali wynosiła $\alpha = 0,69$; (c) wiarę w szczęście/przypadek — zgodność wewnętrzna skali wynosiła $\alpha = 0,68$.

Uzyskane dane poddano analizie statystycznej, którą przeprowadzono używając programu SPSS, wersja 12.0 (2004). W obliczeniach statystycznych posłużono się analizą wariancji ANOVA. W kolejnym etapie pracy obliczono współczynniki korelacji r-Pearsona pomiędzy symptomami depresji i lęku a poczuciem umiejscowienia kontroli. Za istotne statystycznie przyjęto wartości $p < 0,05$.

Analizę zaburzeń depresyjnych i lękowych oraz wymiarów poczucia umiejscowienia kontroli przeprowadzono w grupie badanych kobiet z jadłowstrętem psychicznym (Polki versus Francuzki). Dodatkowo, każdą z grup porównywano z grupą kontrolną (populacja polska: osoby z jadłowstrętem psychicznym versus zdrowe studentki, oraz populacja francuska: dziewczęta z anoreksją versus zdrowe studentki).

Wyniki

Wyniki analiz statystycznych przedstawiono w poniższych tabelach i poddano analizie treściowej. W pierwszej kolejności porównano zaburzenia depresyjne i lękowe u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym (narodowości polskiej i francuskiej), porównano również wyniki w grupach badanych i grupach kontrolnych (tabela 3). Kolejnym etapem analizy danych było zbadanie poziomu lęku i depresji u badanych dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym (tabela 4). Następnie porównano poczucie umiejscowienia kontroli w badanych grupach: eksperymentalnej i kontrolnej (tabela 5). Ostatnim etapem pracy było omówienie korelacji między depresją i lękiem a poczuciem umiejscowienia kontroli u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym obydwu narodowości (tabela 6).

Polska grupa kobiet z anoreksją psychiczną, w porównaniu z grupą francuską, uzyskała niższe wyniki w wymiarach depresji i lęku. W badanej populacji francuskiej, chore na jadłowstręt psychiczny miały istotnie statystycznie wyższy poziom depresji oraz lęku niż grupa kontrolna. W populacji polskiej nie odnotowano wyników istotnych statystycznie.

Poziom zaburzeń emocjonalnych był zróżnicowany (tabela 4). Wyniki uzyskane w podskali HADS-A świadczą o ciężkim nasileniu objawów lęku. W przypadku Polek dotyczył on zdecydowanie mniejszej liczby w stosunku do ogółu badanych, co stanowi istotną wartość odróżniającą obie grupy kobiet. W skali HADS-D u wszystkich pacjentek narodowości polskiej oraz u zdecydowanej większości pacjentek francuskich poziom depresji był w normie.

Tabela 3. Porównanie symptomów depresji i lęku u dziewcząt (narodowości polskiej i francuskiej) z jądłowstrętem psychicznym oraz w grupach kontrolnych

HADS	JP (n = 30)		JF (n = 32)		PGr (n = 60)		FGr (n = 57)		ANOVA		Poziom istotności p		
	M	SD	M	SD	SD	M	M	SD	F	p	JP vs JF	JP vs PGr	JF vs FGr
Lęk	8,20	1,80	12,56	4,00	9,63	4,11	9,85	4,33	7,80	0,000	0,001	NS	0,001
Depresja	3,40	1,54	7,21	3,67	4,01	3,27	4,03	2,95	10,48	0,000	0,001	NS	0,001

Legenda:

JP — jądłowstręt psychiczny w Polsce, JF — jądłowstręt psychiczny we Francji, PGr — polska grupa kontrolna, FGr — francuska grupa kontrolna, JP vs JF — jądłowstręt psychiczny w Polsce versus jądłowstręt psychiczny we Francji, JP vs PGr — jądłowstręt psychiczny w Polsce versus polska grupa kontrolna, JF vs FGr — jądłowstręt psychiczny we Francji versus francuska grupa kontrolna

Tabela 4. Poziom depresji i lęku u pacjentek z jądłowstrętem psychicznym

HADS	Polskie pacjentki z anoreksją (n = 30)		Francuskie pacjentki z anoreksją (n = 32)	
Poziom lęku	N	%	N	%
Norma	9	30	3	9
Łagodne nasilenie	16	53	6	19
Ciężkie nasilenie	5	17	23	72
Poziom depresji	N	%	N	%
Norma	30	100	19	59
Łagodne nasilenie	-	-	4	13
Ciężkie nasilenie	-	-	9	28

Legenda:

Wytłuszczonym drukiem zaznaczono najwyższe wyniki poziomu lęku i depresji w poszczególnych grupach klinicznych

Stwierdzono występowanie istotnych statystycznie różnic w wymiarach dotyczących umiejscowienia poczucia kontroli (tabela 5). W grupie kobiet cierpiących na jądłowstręt psychiczny, Polki wykazały statystycznie większą wiarę w wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli oraz mniejszą wiarę w szczęście/przypadek aniżeli Francuzki. Ponadto, w populacji polskiej występowały istotne statystycznie różnice pomiędzy chorymi na anoreksję a zdrowymi studentkami. Badana grupa prezentowała większe wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli niż zdrowe osoby. Dodatkowo, pacjentki z anoreksją miały mniejszą wiarę w szczęście/przypadek. Populacja francuska nie osiągnęła wyników istotnych statystycznie.

Tabela 5. Porównanie poczucia umiejscowienia kontroli u dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym oraz w grupach kontrolnych, narodowości polskiej i francuskiej

Poczucie umiejscowienia kontroli	JP (n = 30)		JF (n = 32)		PGr (n = 60)		FGr (n = 57)		ANOVA		Poziom istotności p		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F	p	JP vs JF	JP vs PGr	JF vs FGr
Poczucie wewnętrznego umiejscowienia kontroli	19,43	3,58	16,34	2,84	17,78	2,48	16,32	2,54	10,05	0,000	0,001	NS	NS
Poczucie zewnętrznego poczucia kontroli	12,46	3,67	11,15	3,51	10,41	3,48	10,82	3,60	2,30	NS	NS	0,01	NS
Wiara w szczęście/przypadek	8,36	2,32	12,46	3,01	10,83	3,22	12,17	3,03	13,13	0,000	0,001	0,001	NS

Legenda znajduje się pod tabelą 3.

Analiza związków w polskiej grupie pacjentek z jadłowstrętem psychicznym wykazała istotne statystycznie dodatnie zależności między symptomami depresji a wiarą w szczęście/przypadek. W populacji francuskiej nie odnotowano wyników istotnych statystycznie (tabela 6).

Tabela 6. Korelacje poczucia umiejscowienia kontroli z objawami depresji i lęku u osób z jadłowstrętem psychicznym obydwu narodowości

Badane zmienne	Jadłowstręt psychiczny w Polsce (n = 30)			Jadłowstręt psychiczny we Francji (n = 32)		
	Poczucie wewnętrznego umiejscowienia kontroli	Poczucie zewnętrznego umiejscowienia kontroli	Wiara w szczęście / przypadek	Poczucie wewnętrznego umiejscowienia kontroli	Poczucie zewnętrznego umiejscowienia kontroli	Wiara w szczęście / przypadek
Depresja	0,16	0,28	0,46 *	- 0,12	0,13	-0,00
Lęk	0,26	0,28	0,25	-0,23	0,27	0,20

* p < 0,01

Omówienie wyników

Przeprowadzone badania dowodzą, że pacjentkom z jadłowstrętem psychicznym (narodowości francuskiej) towarzyszy wyższy poziom objawów depresji i lęku aniżeli grupie kontrolnej. Porównując grupy kliniczne, warto zauważyć, że francuska charakteryzuje się istotnie wyższym poziomem depresji i lęku. Jak wynika z prezentowanych badań, w grupie francuskich pacjentek poziom lęku był wysoki (72% — ciężkie nasilenie). Wśród

chorujących na jadłowstręt psychiczny, ciężkie nasilenie depresji wystąpiło u 28% grupy narodowości francuskiej.

Większe nasilenie zaburzeń afektywnych u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym w porównaniu z grupą kontrolną potwierdzają również doniesienia innych autorów [20]. Braun i wsp. [21], Fornari i wsp. [22], Herzog i wsp. [23] oraz Piran i wsp. [24] podają, że do dwóch najczęściej występujących zaburzeń lękowych u osób z jadłowstrętem psychicznym należy: fobia społeczna (od 3% do 54%) oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (od 3% do 66%). W badaniach przeprowadzonych przez Herzoga i wsp. [23] 40,7% osób z anoreksją cierpiało na umiarkowaną i głęboką depresję, natomiast w populacji badanej przez Iniewicz [25] 23,3% pacjentek ($n = 30$) miało depresję głęboką, 10% zaś depresję średnią. Ponadto Heebink i wsp. [26] dowodzą, iż młodsze pacjentki z jadłowstrętem psychicznym (typ restrykcyjny) przejawiają wyższy poziom lęku i depresji aniżeli starsze.

Zdaniem Gotliba i Abramson [27] niska samoocena oraz depresja są nierozłącznie związane z zaburzeniami odżywiania się. Autorzy przypuszczają, że w wyniku negatywnych wydarzeń czy sytuacji pacjenci stosują depresyjny styl atrybucyjny. Osoby z anoreksją, kosztem atrybucji zewnętrznej (sytuacyjnej), skłonne są częściej używać atrybucji wewnętrznej (dyspozycyjnej). Wnioskować zatem można, iż ten typ stylu (atrybucji) może prowadzić do trwałych deficytów bezradności (brak motywacji do działania, nieumiejętność spostrzegania związku pomiędzy reakcją a pożądanym skutkiem).

Zdaniem autorek o wysokim poziomie lęku (ciężkie nasilenie) u pacjentek narodowości francuskiej decydują czynniki związane z wcześniejszym okresem separacji od rodziców. Mogą one powodować większą labilność uczuciową (lęk separacyjny spowodowany brakiem gotowości do uzyskania niezależności i autonomii) oraz kryzys emocjonalny w sytuacji „wchodzenia w dorosłość” (lęk przed podjęciem dorosłej roli życiowej). Autorki badania przypuszczają, że wpływy współczesnej kultury i wymogi związane z koniecznością posiadania szczupłej sylwetki potęgują (w badanej grupie klinicznej) objawy lęku.

Wyniki badań świadczące o braku istotnych różnic statystycznych pomiędzy pacjentkami z anoreksją a studentkami narodowości polskiej wskazywać mogą na występowanie objawów depresyjnych i lękowych także w grupie kontrolnej. Wyjaśnienie to znajduje uzasadnienie w badaniach Bomby [w: 25], który poważne rysy depresyjne zaobserwował u 1/3 nieleczzonej populacji młodzieży.

Dla wielu dziewcząt z anoreksją nadmierna kontrola jedzenia (bądź też jego odmowa) ma rzeczywiste znaczenie i cel: stanowi podstawę poczucia własnej wartości, zapewnia poczucie niezależności i samodecydowania. Prezentowane wyniki badań wskazują, że chore na anoreksję, mieszkające w Polsce, mają wyższe wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli (wiara we własne zdolności wpływania na bieg wydarzeń oraz przekonanie, że rezultaty działań zależą od nich samych, a nie od czynników zewnętrznych) oraz mniejszą wiarę w szczęście/przypadek aniżeli pacjentki narodowości francuskiej. Wyniki przedstawionych badań dowodzą, że polska grupa eksperymentalna, w porównaniu ze zdrową populacją, charakteryzuje się wyższym zewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli.

Slade [28] sugeruje, że kobiety z zaburzeniami odżywiania się opowiadają się za potrzebą całkowitej kontroli (*control absolutly*) pewnych aspektów własnego życia oraz za osiąganiem całkowitych sukcesów (*total success*) w co najmniej jednym jego obszarze. Ponieważ chore patologicznie kontrolują swoje zachowania jedzeniowe, autor wnioskuje,

iz trafniejszy od zaburzeń odżywiania się byłby termin „patologiczne zaburzenia samo-kontroli oraz kontroli ciała” (*disorders of pathological self- and bodily-control*). Z kolei Roth i Armstrong [29], Rezek [30] oraz Shapiro i wsp. [31] stwierdzają, że nieumiejętność (brak kontroli) prawidłowego odżywiania się koreluje z zaburzeniowymi postawami wobec jedzenia i tym samym sugerować może, że osobom tym brakuje kontroli w ich życiu.

Badania świadczące o subiektywnym poczuciu braku sprawowania kontroli nad własnym życiem, potrzebami oraz pragnieniami (i w rezultacie wiara w czynniki zewnętrzne bądź też sprawowanie kontroli przez osoby znaczące) przeprowadzone zostały także przez innych autorów. Według Lugli-Rivero i Vivas [32] kobiety cierpiące na jadłowstręt psychiczny wierzą, że kontrola bardziej zależy od innych osób, aniżeli od nich samych. Wyniki świadczące o zewnętrznym poczuciu umiejscowienia kontroli uzyskali także Horesh i wsp. [33] — gdzie właśnie ta zmienna była istotnym czynnikiem u adolescentek hospitalizowanych z powodu anoreksji. Ponadto autorzy ci zauważyli, że u osób z jadłowstrętem psychicznym symptomy choroby miały istotną statystycznie dodatnią korelację z interioryzacją złości, mniejszym opanowaniem, LOC zewnętrznym, i istotną negatywnie korelację między wymiarami poczucia umiejscowienia kontroli a ekspresją złości (interioryzacja vs eksterioryzacja). Im mniejsze było LOC wewnętrzne pacjentek z anoreksją, tym większą tendencję wykazywały one do uzewnętrzniania własnej złości.

Hood i wsp. [34] postulują, że wyższe wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli charakteryzuje młodsze pacjentki z anoreksją. Przeciwnie wyniki uzyskano w prezentowanych badaniach: młodsza grupa wiekowa (pacjentki narodowości francuskiej) miała niższe LOC wewnętrzne niż grupa starszych pacjentek narodowości polskiej. Być może, w przypadku naszych badań, uzyskane wyniki wyjaśnić można sytuacją społeczno-ekonomiczną. Powoduje ona, że dziewczęta mieszkające w Polsce zdecydowanie bardziej, aniżeli pacjentki francuskie, uzależnione są od rodziców (aspekt finansowy i emocjonalny) i dlatego też w większym stopniu pragną być w pełni za siebie odpowiedzialne (zarówno za sukcesy, jak i porażki). Pragną niezależności i wierzą, że są w stanie same kontrolować swoje życie.

Reasumując, przeprowadzone badania dowodzą, że:

- 1) symptomy depresji i lęku oraz wiara w szczęście w mniejszym stopniu charakteryzują polską grupę kliniczną niż grupę francuską;
- 2) u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym narodowości francuskiej poziom symptomów depresji i lęku jest istotnie wyższy niż u zdrowych studentek;
- 3) polskie dziewczęta z anoreksją mają większą wiarę w wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli w porównaniu z badanymi narodowości francuskiej;
- 4) zewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli charakteryzuje w większym stopniu polską grupę kliniczną niż zdrową populację;
- 5) w polskiej grupie eksperymentalnej stwierdzono istnienie związku objawów depresyjnych z wiarą w szczęście/przypadek.

Wnioski

Nasilenie zaburzeń afektywnych u pacjentek z jadłowstrętem psychicznym wskazuje na konieczność uwzględnienia w praktyce klinicznej szerokiego zakresu psychologicznych metod redukujących poziom lęku i depresji.

Zdaniem autorek przedstawione w badaniu różnice wewnątrzgrupowe wynikają przede wszystkim z odmiennych modeli wychowania. Obowiązujące w Polsce i we Francji normy rodzinno-społeczne różnią się od siebie. Być może zachowanie dziewcząt narodowości polskiej, świadczące o większej chęci kontrolowania swojego życia oraz brania za nie odpowiedzialności (łącznie z zyskami i ponoszonymi kosztami), jest odpowiedzią na reakcje rodziców, którzy pragną sprawować większą kontrolę nad dziećmi, ograniczając w ten sposób rozwój ich autonomii.

Piśmiennictwo

1. Toner BB, Garfinkel PE, Garner DM. Affective and anxiety disorders in the long term follow-up of anorexia nervosa. *Int. J. Psychiatry Med.* 1988; 18: 357–364.
2. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol. Med.* 1994; 24: 859–867.
3. López Gómez I. Comorbilidad en los trastornos de la conducta alimentaria. W: García-Camba E, red. *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad.* Barcelona: Masson; 2001, s. 157–169.
4. Keel PK, Klump KL, Miller KB, McGue M, Iacono WG. Shared transmission of eating disorders and anxiety disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 2005; 38 (2): 99–105.
5. Hiller W, Zaudig M. Comorbidity of eating disorders in comparison with mood disorders. *Ann. N.Y. Acad. Sc.* 1989; 575: 532–534.
6. Pla C, Toro J. Anorexia nervosa in a Spanish adolescent sample: an 8-year longitudinal study. *Acta Psychiatr. Scand.* 1999; 100: 441–446.
7. Rastam M. Anorexia nervosa. 51 Swedish adolescents: premorbid problems and comorbidity. *J. Am. Acad. of Child Adolesc. Psychiatry* 1992; 11: 819–827.
8. Rajewski A, Hauser J. Czynniki genetyczne w etiologii jadłowstrętu psychicznego. *Psychiatr. Pol.* 2001, 1: 71–80.
9. Fisher M, Schneider M, Pegler C, Napolitano B. Eating attitudes, health-risk behaviors, self-esteem, and anxiety among adolescent females in a suburban high school. *J. Adolesc. Health* 1991; 12: 377–384.
10. Flament MF. De la dépression aux pathologies des conduites alimentaires: Particularités de la dépression de la femme. *Encéphale* 2000; 5: 23–27.
11. Fornari V, Kaplan M, Sandberg DE, Matthews M, Skolnick N, Katz J. Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Dis.* 1992; 12 (1): 21–29.
12. Drwal RŁ. Adaptacja kwestionariuszy osobowości. Warszawa: PWN; 1995.
13. Loas G, Dardennes R, Dhee-Perot P, Leclerc V, Fremaux D. Opérationnalisation du concept de «lieu de contrôle» : traduction et première étude de validation de l'échelle de contrôle de Levenson (IPC: The internal powerful others and chance scale). *Ann. Med. Psychol.* 1994; 152 (7): 466–469.
14. Iniewicz G. Samokontrola i jej uwarunkowania u dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną. *Psychoter.* 2004; 3 (130): 45–53.
15. Dalgleish T, Tchanturia K, Serpell L, Hems S, de Silva P, Treasure J. Perceived control over events in the world in patients with eating disorders: a preliminary study. *Pers. Individ. Differ.* 2002; 31: 453–460.
16. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.

17. Zigmond A, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 6: 361–370.
18. Lépine JP, Godchau M, Brun P, Lemperière T. Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez les patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann. Med. Psychol.* 1985; 143: 175–89.
19. Brytek A. **Contribution des modèles sur l'autorégulation du comportement dans la compréhension des troubles alimentaires.** Perspectives interculturelles. Niepublikowana praca doktorska. Université Paul Verlaine-Metz, France, 2005.
20. Pollice C, Kaye WH, Greeno CG, Weltzin TE. Relationship of depression, anxiety, and obsessiveness to state of illness in anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 1997; 21(4): 367–376.
21. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol. Med.* 1994; 24: 859–867.
22. Fornari V, Kaplan M, Sandberg DE, Matthews M, Skolnick N, Katz J. Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.*, 1992; 12: 21–29.
23. Herzog DB, Keller MB, Sacks NR, Yeh CJ, Lavori PW. Psychiatric comorbidity, in treatment-seeking anorexics and bulimics. *J. Am. Acad. Adolesc. Psychiatry* 1992; 31: 810–818.
24. Piran N, Kennedy S, Garfinkel PE, Owens M. Affective disturbance in eating disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1985; 173: 395–400.
25. Iniewicz G. Depresja u dziewcząt chorych na anoreksję psychiczną. *Psychoter.* 2004; 1 (128): 5–11.
26. Heebink DM, Sunday SR, Halmi KA. Anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescence: Effects of age and menstrual status on psychological variables. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1995; 34: 378–382.
27. Gotlib IH, Abramson LY. Attributional theories of emotion. W: Dagleish T, Power M, red. *The handbook of cognition and emotion.* Chichester: Wiley; 1999, s. 613–636.
28. Slade PD. Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Br. J. Clin. Psychol.* 1982; 21: 167–179.
29. Roth D, Armstrong J. Perceptions of control over eating disorder and social behaviors. *Int. J. Eat. Disord.* 1990; 10: 265–271.
30. Rezek P. Perceived control, drive for thinness and food consumption: anorexic tendencies as displaced reactance. *J. Person.* 1991; 59: 129–142.
31. Shapiro D, Blinder B, Hagman J. A psychological „sense of control” profile of patient with anorexia nervosa and bulimia. *Psychol. Rep.* 1993; 73: 531–541.
32. Lugli-Rivero Z, Vivas E. Trastornos de alimentación y control personal de la conducta. *Salud Públ. Méx.* 2001; 43 (1): 9–16.
33. Horesh N, Zalsman G, Apter A. Internalized anger, self-control, and mastery experience in inpatient anorexic adolescents. *J. Psychosom. Res.* 2000; 49: 247–253.
34. Hood J, Moore T, Garner D. Locus of control as a measure of ineffectiveness in anorexia nervosa. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1982; 50: 3–13.

Adres: Instytut Psychologii Uniwersytetu Śląskiego
Zakład Psychologii Ogólnej
ul. Grażyńskiego 53
40-126 Katowice

PSYCHIATRIA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO
ZAŁOŻONY W 1923 R. PRZEZ RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA
POD NAZWĄ „ROCZNIK PSYCHIATRYCZNY”

ROK 2008 STYCZEŃ–LUTY XLII NR 1

SPIS TREŚCI

Artykuł redakcyjny. **Czym jest metoda Delphi? Zalety i ograniczenia**

Magdalena Ciałkowska, Tomasz Adamowski, Patryk Piotrowski, Andrzej Kiejna

Czy możliwa jest diagnoza systemowa?

Anna Siewierska, Jadwiga Śliwczyńska, Irena Namysłowska

Od monologu do dialogu terapeutycznego. O roli systemowych konsultacji rodzinnych na oddziale psychiatrycznym

Maria Rostworowska, Małgorzata Opoczyńska

Prospektywna ocena wczesnego przebiegu schizofrenii u kobiet i mężczyzn po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej

Krystyna Jaracz, Krystyna Górna, Justyna Kiejda, Janusz Rybakowski

Zmiana mechanizmów obronnych ego u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi w trakcie terapii na oddziale dziennym

Łukasz Cichocki

Spostrzegana kontrola własnego życia a radzenie sobie z chorobą i codziennymi problemami po rocznej rehabilitacji psychospołecznej pacjentów ze schizofrenią

Agnieszka Pietrzyk, Sebastian Lizińczyk

Zespół metaboliczny i jego składowe u uczestników badania EUFEST

Jolanta Rabe-Jabłońska, Tomasz Pawełczyk

Wpływ poneuroleptycznej hiperprolaktynemii na występowanie zaburzeń seksualnych u chorych na schizofrenię mężczyzn

Beata Konarzewska, Agata Szulc, Regina Popławska,

Beata Galińska, Dariusz Juchnowicz

Zaburzenia seksualne w schizofrenii – przegląd badań

Beata Kasperek-Zimowska, Włodzimierz A. Brodniak, Anna Sarol-Kulka

Transseksualizm czy zinternalizowana homofobia – studium przypadku

Anna Dziemian, Izabela Łucka

Zmiany w zadowoleniu z obrazu własnego ciała, poczuciu koherencji i satysfakcji z życia w trakcie leczenia kobiet transseksualnych. Badanie pilotażowe

Daniel Cysarz, Apolonia Piwowarczyk, Wiesław Czernikiewicz,

Stanisław Dulko, Andrzej Kokoszka

Akceptacja transseksualizmu wśród studentów łódzkich uczelni wyższych

Bogusław Antoszewski, Anna Kasielska, Marta Jędrzejczak,

Julia Kruk-Jeromin